Díaz (N)

BREVE ESTUDIO

SOBRE LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN

EN EL DIAGNOSTICO DE LAS FIEBRES PALUSTRES.

TESIS

PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL

DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

PRESENTADA POR

NICOLAS DIAZ

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO



MÉXICO

IMP. DE J. GUZMAN Y HERMANOS,

CERRADA DE LA MONEDA NUM. 2.

1879

BREVE ESTUDIO

SOBRE LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN

EN EL DIAGNOSTICO DE LAS FIEBRES PALUSTRES.

TESIS

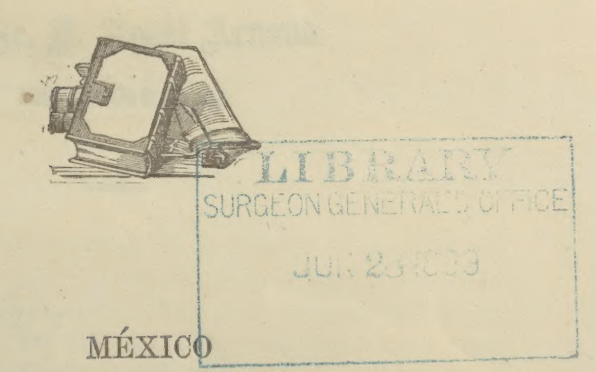
PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL

DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

PRESENTADA POR

NICOLAS DIAZ

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO



MÉXICO

IMP. DE J. GUZMAN Y HERMANOS,

CERRADA DE LA MONEDA NUM. 2.

1879

A la memoria de mi Padre.

A mi querida Madre.

Tributo de amor filial.

Al Sr. D. Angel Arnaud.

Debil testimonio de gratitud.

Sr. Dr. Dn.

José M. Bandera

Dignese Ud. aceptar este imperfecto trabajo, como una pobre muestra del aprecio que le profesa su s.s.

Nicolas Diaz

Novbre 26 de 1879.

Al Sr. Director de la Escuela de Medicina, Dr. D. Francisco Ortega.

A los Sres. Dres. D. Maximiliano Galan y D. José M. Bandera.

Manifestacion de Gratitud y respeto.

SABIDO es que el diagnóstico es la parte de la Patología que tiene por objeto llegar al conocimiento de las enfermedades. Es tan importante el diagnóstico, que sin él no se podría establecer una terapéutica racional. Es cierto que en muchas ocaciones, los síntomas van indicando al médico la conducta que debe seguir; pero tambien es cierto que otras muchas veces, algunos síntomas no desaparecerán si no se destruye de raíz la causa que los origina, y por mas racional que sea la terapéutica sintomática, los fenómenos morbosos persistirán á despecho del médico. Podria yo probar este aserto con mil ejemplos, pero creò que bastará para demostrarlo, limitarme á patentizar esta verdad, presentando los diferentes síntomas que se desarrollan bajo la influencia de las emanaciones maremmáticas.

Muchas veces, neurósis multiformes preocupan la atencion del médico, quien considerando tales enfermedades como los efectos de causas agenas á la infeccion palustre, establece una terapéutica conforme con este juicio sin obtener resultado ventajoso; y si la experiencia no le hubiese enseñado que tales fenómenos pueden ser efecto de la infeccion pantanosa, vería fracasar á menudo, todo tratamiento que no estuviese basado en los antiperiódicos.

El diagnóstico es, pues, importantísimo. Esta verdad es tan palmaria que no me detendré á demostrarla.

Á la par de la importancia del diagnóstico, marcha la dificultad de establecerlo. En efecto, los mismos síntomas originados por el envenenamiento palustre presentan tal carácter de semejanza con multitud de enfermedades de diversa naturaleza, que hacen embarazosa la situacion del médico; es muy fácil comprender esto segun se irá viendo en el curso de este escrito.

El miasma pantanoso ejerce su influencia sobre toda la economía, produciendo un envenenamiento general. Los síntomas que mas lo caracterizan son aquellos que le han valido el nombre de fiebre intermitente ó fiebre periódica; síntomas que vemos aparecer por accesos, con una regularidad siempre marcada, presentando todos, sus tres periodos de calosfrio, calor y sudor. Á esta manifestacion esterior del envenenamiento palustre es, como sabemos, á lo que se ha dado el nombre de fiebre intermitente simple. El diagnóstico de ella parece fácil en atencion á la regularidad de sus manifestaciones; si alguna dificultad hubiera, esta nacería de la poca atencion que se pusiera en el estudio de su tipo, ó bien de la mayor ó menor duracion de alguno de sus periodos.

Muchos son los tipos que conocemos, y son muchos mas aún, los que se han creado; algunos á mi ver, no existen en la práctica. En nuestra Capital es mas frecuente el tipo cuotidiano, y en el órden de frecuencia podría colocarse despues de este, el tipo terciano; los demas son muy raros.

Permítaseme hacer aquí una ligera digresion. Se ha dicho por algunos que, propiamente hablando, no hay tipo cuotidiano; lo que con tal nombre se conoce, dice Sènac, no es mas que el tipo doble terciano mal apreciado. Las razones en que se apoya, las deduce de sus propias observaciones. Estúdiese, dice, la marcha de una fiebre intermitente de las llamadas cuotidianas, y se verá la identidad en los accesos del primero y tercero dias, así como en los del segundo y el cuarto.

No me detendré mas sobre este punto, supuesto que mi objeto es tan solo el recordar que una de las manifestaciones del envenenamiento palustre es la aparicion intermitente de accesos, tal como la acabo de referir. Cualquiera diría que era fácil el diagnóstico en los casos de encontrarse la indicada semeiologia; sin embargo, aun-

que ciertamente estos síntomas sean la mas clara espresion de las fiebres intermitentes, no siempre es fácil establecer un diagnóstico perfecto. Mas adelante me detendré sobre esta cüestion.

Otras dificultades en el diagnóstico nacen de la diferente duracion de los accesos en su mas ó menos completa manifestacion, ó de otro modo, en la anomalía de esta manifestacion, circunstancia que ha valido á estas intermitentes el nombre de anómalas. Cuantas veces, en efecto, no se caracterizan sino por un calosfrio periódico; cuantas, por solo un aumento de temperatura, sin frio inicial y sin sudores; y cuantas veces por fin, solo tenemos como signo aparente de la fiebre, el sudor. Algunos han visto como espresion del envenenamiento pantanoso, simultáneamente el rigor del frio, la elevacion del calor, la abundancia del sudor. Sería yo interminable si quisiera espresar todos los caprichos con que se manifiesta la infeccion palustre; tendría que hablar de los accesos invertidos, es decir, de aquellos en los cuales el calor forma el primer periodo y el calosfrio le sucede; tendría que hablar tambien de las fiebres tópicas, en las cuales, cada uno de estos diferentes fenómenos está limitado á una parte del cuerpo, forma tal vez hipotética; y por fin de las fiebres llamadas larvadas, en las cuales solo se puede apreciar un síntoma que se presenta de una manera intermitente como único fenómeno aparente, síntoma que algunas veces presenta tal gravedad, que constituye entonces una perniciosa; pero no quiero fijarme en ninguna de estas consideraciones por no estenderme demasiado. Solo me detendré en considerar, por creerlo importante, las variedades de fiebres intermitentes que se han clasificado con el nombre de perniciosas; en ellas el diagnóstico es absolutamente indispensable, porque hace sucumbir rápidamente á los enfermos. Para llegar al diagnóstico de ellas no siempre habrá las mismas dificultades; en efecto, en los casos en los cuales la gravedad del mal dependa de la violencia de cualquiera de los estadios, siempre que se pueda apreciar la existencia de los otros dos y la intermitencia regular de sus manifestaciones, se podrá llegar las mas veces á un diagnóstico perfecto, con tanta mas razon, si á esto se agregan signos claros de conmemorativo, entre los cuales domina el hecho comun, de que el acceso pernicioso sea precedido de uno ó algunos accesos simples ó larvados, que no presentaban gravedad en su manifestacion. Esto es de tal manera cierto, que muchos de los que, como Dutrouleau, han practicado en las regiones tropicales, en donde el impaludismo llega á su mas alto grado, aseguran que jamás una

fiebre es perniciosa primitivamente, sino que, por el contrario, siempre es precedida de alguno ó algunos accesos de intermitente simple ó de intermitente larvada. La mayor oscuridad se encuentra cuandó las perniciosas revisten formas análogas á entidades patológicas viscerales, de las que habaré mas adelante.

Hay otras dificultades en el diagnóstico de las enfermedades palustres, dependientes de otros diversos modos con que suelen presentarse. Así, este envenenamiento reviste á veces cierta remitencia en la manifestacion de sus fenómenos, remitencia que puede aparecer desde el principio, ó despues de uno ó varios accesos de fiebre intermitente, accesos que se han prolongado y se han aproximado mas y mas hasta confundirse, haciéndose subnitrantes.

Otras veces, el miasma pantanoso se traduce por una calentura franca y continua que gradualmente va tomando la forma remitente. En sus exacerbaciones suelen aparecer síntomas perniciosos, ya de parte del cerebro, ya de parte del pulmon, etc. Se comprende toda la dificultad que en tales casos ofrecerá el diagnóstico. Hasta aquí he abordado la cuestion del diagnóstico bajo el punto de vista de las dificultades de que se haya rodeado. Todo lo espuesto, podría dar orígen á separaciones diversas, considerando como entidades patológicas cada una de estas divisiones; de ellas han nacido evidentemente tres principales: las fiebres intermitentes propiamente dichas, las remitentes y las seudo-continuas. Las intermitentes á su vez se han considerado como simples, perniciosas y larvadas. En mi concepto y, bajo el punto de vista del diagnóstico, debe fijarse principalmente la atencion en la causa que la origina, preocupándose tan solo de las formas, en lo que atañe á la mayor ó menor gravedad de sus manifestaciones. No quiero decir con esto que sean inútiles las divisiones clásicas establecidas; muy al contrario, creo que todo lo que facilita y aclara un estudio debe conservarse; pero en el terreno de la práctica, me parece que deben considerarse como formas diversas de una misma enfermedad, afectando más ó ménos profundamente el organismo, como fenómenos dependientes de una misma causa que debe descubrirse para destruirla ó subyugarla con los medios adecuados; yo veo en todas las enfermedades palustres una identidad específica, y las variaciones que se notan en ella, dependen de su intensidad, de su duracion ó de la aproximacion de sus accesos.

Es lógico pensar que en cada una de las enfermedades de que se ocupa un patologista, debe investigar si acaso existen signos constantes, ó al menos casi constantes que faciliten el diagnóstico. Estos caractéres pueden obtenerse de las consideraciones, ya estáticas, ya dinámicas, que revelan las alteraciones del organismo. No es mi ánimo detenerme en las primeras, puesto que mi objeto es hacer el diagnóstico durante la vida, á la cabecera del enfermo. Los medios de que nos podemos valer para conseguirlo, son de dos órdenes: los signos físicos y los signos racionales. Los primeros son: el aumento de volúmen del bazo y del hígado; los segundos son los vómitos, las pandiculaciones, la raquialgía y la calentura.

La alteracion del bazo es sumamente comun, por no decir constante; puesto que muy raras veces se la vé faltar. Este órgano cuya longitud, segun Assolant, no sería sino de 13 centímetros, puede adquirir dimensiones cuádruples, sobre todo cuando se trata de fiebres perniciosas, ó del paludismo crónico; que este aumento sea debido á la hipertrofia de su tejido, ó sea á cualquiera otra causa, no toca á mi intento el estudiarlo, segun dije antes; básteme decir que el crecimiento del bazo es un elemento de diagnóstico; este signo se puede apreciar fácilmente por medio de la percusion y de la palpacion. No se me oculta que otras enfermedades pueden presentarlo, tales como la hipertrofia idiopática del bazo; pero en este caso, faltando el elemento esencial, la calentura ó la forma intermitente, no podría haber lugar á la confusion; por otra parte, son tan raras las enfermedades del bazo, que casi no se deben tener en cuenta. Lo mismo diría de un tumor canceroso, ó de culquiera otra naturaleza, que pudiera desarrollarse en este órgano. La fiebre tifoidea podria presentar tambien este crecimiento, así como todas las afecciones de orígen séptico, segun dice Jaccoud. Ya me ocuparé de este diagnós-

tico mas adelante. Importa estar prevenidos contra la alteracion crónica del bazo que puede, es cierto, tener el mismo orígen, pero no ser ya mas que una reliquia de un envenenamiento anterior sin intoxicacion actual; contra esta causa de error nos queda otro signo, el dolor ,ó por lo menos la sensacion de estorbo, que acusan los enfermos, signo racional que aparece, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de la presion. Se ha dicho por un autor respetable, Grisolle, que parece este infarto, mas constante en las fiebres tercianas y cuartas que en las cuotidianas; en su crecimiento puede bajar hasta el nivel del ombligo y aun de la cresta iliaca, levantando entónces la pared abdominal. Es de notarse que este órgano conserva su forma anatómica por considerable que sea el aumento de su volúmen. Entre los signos racionales que pertenecen á esta glándula, debo mencionar el dolor que, ya espontáneo, ya provocado, existe en casi todos los enfermos segun he podido notar. Debe tenerse muy presente este signo, que basta por sí solo, en muchos casos de intermitentes larvadas, para guiar al verdadero diagnóstico. He visto varios casos en los cuales los enfermos no se quejaban de otra cosa que del dolor esplénico; ellos lo referían al estómago; pero la exploracion enseñaba que residía en el bazo. Este dolor acompañado á veces de síntomas gástricos, simulando afecciones del aparato digestivo, se veía desaparecer bajo la influencia de un tratamiento antiperiódico. El dolor esplénico es reemplazado, algunas veces, por una sensacion de pesantez en el hipocondrio izquierdo.

El hígado es, despues del bazo, la viscera mas comunmente afectada por el agente febrígeno, pero en un grado menor que este último. Sus alteraciones consisten en un aumento de volúmen más ó ménos apreciable por nuestros medios de exploracion física, percusion, palpacion, etc. Este aumento de volúmen se nota principalmenen los casos de intermitente prolongada, en algunas perniciosas y sobre todo en las fiebres remitentes. La parte del vientre que corresponde al hipocondrio derecho puede ser dolorosa á la presion ó nó, y en este caso puede no haber mas que una sensacion de pesantez semejante á aquella de que hablé al tratar del bazo.

El crecimiento rápido del hígado, aún sin venir acompañado de otros síntomas, debe llamar la atencion del médico, porque en opinion de algunos autores, en muchas ocasiones anuncia la invasion de una fiebre intermitente; este signo será todavía mas precioso, si el práctico lo advierte ejerciendo su profesion en un país donde reinan las fiebres palustres.

Otro de los fenómenos que llama la atencion es la raquialgía. Este signo que nuestro apreciable maestro el Sr. Lucio, dió á conocer á sus discípulos desde hace muchos años, lo he visto consignado despues en las excelentes obras modernas de Spring (Sintomatología) y de Griéssinger (Enfermedades infecciosas). Este fenómeno se manifiesta con ciertas paticularidades que es importante conocer; se despierta por la presion sobre los apofisis espinosos, comprendidos entre la prominente y un punto mas ó ménos bajo de la porcion dorsal, haciéndose sobre todo notable en la vértebra cervical ya mencionada, y cuando falta en esta, se le encuentra seguramente al nivel de la tercera y quinta vértebras dorsales. Griéssinger no le da grande importancia como signo diagnóstico, ya porque no lo ha encontrado en todas las fiebres palustres, ya porque lo ha visto aparecer en algunos casos de fiebre tifoidea y en la viruela. Respecto de lo primero, puede decirse que es en las fiebres intermitentes un signo mas frecuente de lo que comunmente se cree; por otra parte, la falta de este signo no es muchas veces sino aparente, pasando desapercibido en un gran número de casos, por no ser un fenómeno que revelan expontáneamente los enfermos; es necesario buscarlo, ejerciendo una presion bastante fuerte en los puntos ya indicados. Respecto de lo segundo, haré notar que la raquialgía de la viruela y de la fiebre tifoidea, presenta diferencias con la de la fiebre palustre. En aquella es una raquialgía dorso-lombar mucho mas pronunciada en esta última region del raquís, se estiende á los tejidos vecinos y se manifiesta expontáneamente; en tanto que la de esta última no es expontánea y ocupa sobre todo la region superior del raquis.

Muchas enfermedades febriles comienzan por cansancio muscular, por cierta apatía; pero en la invasion de la fiebre intermitente hay un cuadro prodrómico que probablemente no se encuentra en ninguna otra enfermedad, me refiero á las pandiculaciones y á los dolores contusivos en los miembros y sobre todo en la cintura; no quiero decir que sean exclusivos á esta enfermedad, pero es indudable que tienen algo de peculiar á las fiebres palustres. Estos fenómenos, si faltan en algunos casos en la invasion de la enfermedad, se ven aparecer al principio de cada acceso, acompañándose de ansiedad bostezos y algunas veces sensacion de vacuidad ó de pesadez del cerebro, haciéndose mas marcados á medida que se caracteriza mejor la enfermedad; debo decir que algunas veces, estos fenómenos prodrómicos, constituyen con otros síntomas de los anteriormente

mencionados, la única manifestacion aparente del envenenamiento palustre. La sensacion de quebranto que vemos aparecer durante estos prodromos, la experimentan los enfermos mucho mas intensa despues del calosfrio. ¿Será esto debido á la fatiga que ha sufrido el organismo durante esta conmocion nerviosa?

Hay enfermedades nerviosas tales como la histeria, entre cuyos prodromos suele haber pandiculaciones; pero entónces están acompañadas de un cuadro de síntomas tan marcado, que aún prescindiendo del movimiento febril, no sería fácil la confusion con las enfermedades de que me ocupo. En mi concepto, juzgo que debe tenerse en cuenta este signo como uno de los fenómenos mas constantes que pueden poner al médico en la vía del diagnóstico.

Otro síntoma de grande importancia en muchas ocasiones es el vómito. Como este fenómeno existe en un gran número de estados patológicos, y aún muchas veces es un síntoma puramente nervioso, su existencia nada tiene de característica. Sin embargo, hay casos en que es el primer fenómeno que acusan los enfermos, y cuya sola presencia hace prever al práctico el desarrollo de un cuadro morboso que le es bastante conocido. En efecto, en muchas endemias, la manifestacion constante de este fenómeno parece ligado á un estado bilioso ó mucoso de las vías gastro-intestinales, ó independiente de este estado puede ser el efecto de la compresion que sufre el estómago por la enorme distencion del bazo y la retraccion de las paredes abdominales durante el calosfrio, periodo en que aparece generalmente.

Las materias espulsadas, casi siempre consisten en sustancias mucosas y biliosas; no es raro encontrar estas, mezcladas con una cantidad mas ó menos abundante de sangre. Es sobre todo en las fiebres remitentes y perniciosas en las que los vómitos existen mas frecuentemente; pero suelen hallarse tambien en las simples, y aún venir como un fenómeno prodrómico, acompañado de los demas síntomas ya estudiados, y constituyendo los primeros fenómenos de invasion. Es muy comun que este fenómeno se encuentre reducido á las náuseas; pero la ingestion de cualquiera sustancia, aún el agua, provoca los vómitos.

Réstame hablar del síntoma principal, la calentura.

De dos maneras se puede apreciar este fenómeno: por la palpacion y por medio del termómetro. El primer medio es el mas fácil, por estar al alcance, no solo del médico, sino tambien de las personas que rodean al enfermo. Valiéndose de él puede notarse el au-

mento de calor de la piel; es de admirar, aunque el hecho sea raro ó de difícil apreciacion, que muchas veces coincide con el periodo de calosfrio. El médico no debe conformarse con esto, sino que debe emplear el segundo medio, mucho mas seguro, que consiste en la aplicacion del termómetro. Este instrumento se aplica de ordinario en la axila. Procediendo de este modo, se notará, en los casos de fiebre, la discordancia que hay entre los resultados de la esploracion por el termómetro y las sensaciones subjetivas del enfermo ú objetivas del médico, que solo empleará sus medios naturales, la vista y el tacto; así se ve en el estadio de frio de las fiebres intermitentes, que esta sensacion coincide con la elevacion temométrica, y segun Jaccoud, "el calosfrio nunca es el primer fenómeno, este es siempre consecutivo al aumento de calor, y es tanto mas violento, cuanto que el calor es mayor y ha alcanzado mas rápidamente su máximum de intensidad"......"la elevacion se hace en seguida mas considerable, pero se hace siempre por fracciones; entre 39 y 40 grados el calosfrio estalla, y en la fiebre intermitente, es ordinariamente durante el calosfrio, cuando la temperatura toca á su máximum." (Jaccoud. Pathologie interne, tom. 1º pag. 92, 3ª edit.) Esta contradiccion aparente entre las sensaciones del enfermo y los resultados termométricos, se esplica perfectamente por la fisiología. En efecto, el calosfrio, dice el mismo Jaccoud, está caracterizado "por el estrechamiento isquémico de los vasos periféricos, por la ereccion de los bulbos pilosos (carne de pollo), resultado del espasmo de los músculos foliculares y de las contracciones mas ó menos enérgicas de los músculos de la vida de relacion. Estas contracciones comprenden todos los grados, desde un temblor ligero hasta los sacudimientos desordenados de todo el sistema muscular con castañeteo de dientes, por la ascension rítmica del maxilar inferior etc., y por la repulsion de la sangre de la periferia hacia los órganos internos. Jaccoud, tomando la temperatura cada cinco minutos, ha observado la marcha de la curva axilar, comparándola con la de la piel tomada en la mano, para demostrar que el frio cutáneo, no es una simple sensacion subjetiva sino un enfriamento físico real. De aquí deduce: 1º que el calor aumenta ligeramente al principio, tanto en la superficie como en la profundidad. 2º con la esplosion del calosfrio, las temperaturas central y periférica divergen súbitamente. A medida que sube la linea de la primera, la de esta última cae rápidamente en treinta y cinco minutos hasta el mínimum de 31° 3º Luego que llega á este límite la temperatura periférica, sube rápidamente

y al cabo de hora y media poco mas ó menos, alcanza á la linea de la temperatura axilar con la cual se confunde, para ya no separase de ella, (este punto de interseccion cae naturalmente sobre el maximum y corresponde á 41° 2.) 4.º Se ve que el calosfrio se prolonga hasta el fastigium del calor, 39° 6, y no ha cesado sino cuarenta minutos antes de este fastigium. El maximum de calor se mantiene de una á tres horas para terminar con la defervescencia, la cual precede algunos minutos al periodo sudoral y su rapidez está en relacion con la abundancia del sudor. Cuando la apirexia es completa, el abatimiento continua aun y desciende hasta un grado inferior á la temperatura normal, resultado sin duda de la combustion exagerada de los tegidos y de la sangre. Suele observarse durante la apirexia, una elevacion ligera de temperatura sin caslosfrio ni sensacion para el enfermo. Es necesario vigilar entónces porque esto indica ó recaida del acceso, ó bien, una reliquia órganica morbosa de alguna de las visceras, sobre todo de las del abdómen.

He mencionado hasta aquí los fenómenos que deben entrar como elementos principales en el diagnóstico de las fiebres palustres. Si se quisieran colocar segun el órden de su importancia, se deberian enumerar de esta manera; elevacion de la temperatura, infarto del bazo, pandiculaciones, raquialgia, alteraciones hepáticas y vómitos.

Para proceder con cierta órden en el estudio del diagnóstico de las fiebres palustres, las iremos considerando sucesivamente, comenzando por la forma francamente intermitente, conocida con el nombre de intermitente simple.

Estableceremos una division en el diagnóstico de esta fiebre, considerándola, desde luego en su principio, cuando muchas veces no está marcado el tipo, y despues cuando ya está suficientemente caracterizado.

El primer acceso de estas fiebres puede presentarse repentinamente, comenzando por su primer estadio de calosfrio, pero no es esto lo mas frecuente, sino que es precedido de prodromos, que son aquellos fenómenos nerviosos comunes á todas las piréxias; malestar, inapetencia, etc. Con solo estos datos sería imposible fijar el diag-

nóstico. El movimiento febril que aparece en seguida, suele ser irregular y muchas veces de tipo remitente; las remisiones pueden tener lugar hacía la tarde, sircunstancia que hará sospechar las fiebres de accesos y cuyo valor aumenta hasta el grado de ser casi absoluto, si se acompaña de exacerbaciones matinales, pudiendo decirse que, solo en las fiebres palustres acontece lo que acabo de referir.

Hasta aquí y cuando no hay las alteraciones del bazo ni se pueden apreciar los síntomas antes mencionados, pudiéramos confundirla con una fiebre remitente, sintomática ó no; en este último caso, no siendo otra cosa que la espresion del envenenamiento palustre, el diagnóstico no sería tan importante, por ser solo una variedad de forma, cuyo tratamiento debe ser el mismo. Si es sintomática, además de que un exámen atento hará descubrir la causa de este movimiento febril, aparecerán las exacerbaciones durante la tarde ó la noche, miéntras que, las que son de orígen palustre pueden presentarse á cualquiera hora del dia.

Antes de pasar adelante me parece oportuno hacer una observacion á las ideas de Jaccoud sobre este punto. Este autor divide el dia médico en dos mitades, que abrazan, la primera, de media noche á medio dia, y la segunda, de medio dia á media noche. Segun sus observaciones, en las fiebres palustres, las remisiones de la calentura y de los síntomas, tienen siempre lugar en la segunda mitad del dia médico, miéntras que las exacerbaciones se muestran siempre, á una hora cualquiera del intervalo de media noche á medio dia. Esto podrá ser esacto en las afecciones palustres observadas en Francia que son las que han servido de base á las operaciones clínicas del sábio profesor de la Caridad; pero respecto del paludismo de las Costas del Golfo mexicano, no hay en esto una esactitud absoluta, pues si es cierto que una fiebre intermitente cualquiera, puede tener sus exacerbaciones termométricas en la mañana, esto no escluye, que otra fiebre palustre las tenga por la tarde ó por la noche, de modo, que el resultado aunque importante para el diagnóstico, no es tan absoluto como lo ha indicado el mencionado Clínico.

He indicado los medios que en mi concepto nos puedan guiar al descubrimiento del orígen palustre de la fiebre.

La influencia que la malaria ejerce sobre el organismo, se hace mas y mas marcada, hasta llegar á presentar el tipo de las intermitentes simples; esto es, hasta el momento en que el veneno, como dice Jaccoud, "provoca en las condiciones nutritivas una alteracion tal que la calorificacion se aumenta; entoces, el sistema nervioso tró-

fico se impresiona, y manifiesta por le episodio convulsivo del calosfrio, esta exitacion anormal, quedando el acceso típico establecido." Con esta forma, inútil parece empeñarse en establecer el diagnóstico, porque ninguna otra enfermedad presenta los caractéres de ella. Debemos advertir, sin embargo, que el tifo en su principio suele presentarse bajo una forma intermitente.

Nuestro sentido maestro, Dr. D. Miguel Jimenez, hablando de la invasion del tabardillo se expresa en estos términos. (1) "En la gran mayoría de los casos la invasion es súbita, sin fenómeno alguno precursor; de manera que, habiendo algun cuidado, casi siempre puede fijarse el momento de aquella. Sin embargo, hay varios hechos en que parece que el tabardillo se desenvolvió en el curso de un coriza ó de una bronquitis comunes, de una afeccion gastro-intestinal ó de calenturas intermitentes. Aunque respecto de esta última circunstancia hay que advertir, que la fiebre reviste en sus primeros dias, cierta forma periódica. que en las ocasiones que se observa, muy raras por fortuna, deja algo indeciso el dignóstico en ese periodo."

Jaccoud en su novísima obra (2) hablando del tifo exantemático, dice así: "en lugar de ser continua y progresiva, la invasion puede ser intermitente y como oscilante; como en el primer caso, la calentura, el calosfrio y una cefalalgía fuerte obligan al enfermo á ponerse en cama, pero algunas horas despues ó en la mañana del dia siguiente á mas tardar, se encuentra tan bien que se cree curado, se levanta y aun puede entregarse á sus ocupaciones; despues de veinticuatro horas, término medio, sobreviene un nuevo acceso semejante al primero."

"Una observacion atenta demuestra que en las intermisiones, el enfermo aunque sano en apariencia, queda sombrío, taciturno y esta modificacion psíquica, es de un gran auxilio para el diagnóstico."

Sin embargo, estos síntomas de intermitencia son para otros médicos independientes del tifo, y ligados al estado gástrico ú otro que pudiera precederlo. Sea de esto lo que fuere, la marcha de la enfermedad, cuando el tifo está ya caracterizado, hará desaparecer toda duda.

La fiebre tifoidea, siendo precedida de prodromos que algunas veces duran hasta un septenario, pueden, durante este período, confundirse con una fiebre intermitente; pero siempre será fácil la

---

(1) Sobre la identidad de las fiebres (1865).

(2) Pathologie interne (tomo 2º página 876, 5ª edicion.

distincion teniendo en cuenta sobre todo la periodicidad; este estudio lo podemos hacer, considerando ya el mismo acceso, ya el periodo intermedio: por el exámen de éste último, observaremos, que en la fiebre tifoidea, las remisiones no son tan completas, pues persisten el abatimiento, los vértigos, el zumbido de oídos y ese estupor característico de la enfermedad, y dado caso que esta diferencia no fuere bastante, podria establecerse la distincion por el estudio de la temperatura durante el acceso. El termómetro indica en este periodo de la fiebre tifoidea como temperatura máxíma, la de 38° á 38° 5.

La fiebre intermitente ordinaria, se acompaña algunas veces de fenómenos biliosos que podrian hacerla confundir con una hepatitis, ès la fiebre intermitente hepática. En ambas enfermedades hay calentura mas ó ménos intensa, dolor en el hipocondro derecho, sufusion ictérica y vómitos biliosos; pero el carácter intermitente de la calentura y los signos generales de las fiebres palustres, la separarán de la hepatitis. En los clímas cálidos, la intermitente hepática, sin presentar aun el carácter pernicioso, puede afectar una forma mas grave que la descrita anteriormente; esto sucede cuando se acompaña de fenómenos disentéricos; como estos síntomas complican á veces á la hepatitis, el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades, es en este caso mas difícil.

Muchas veces, la fiebre cerebral de Trousseau, granulia de Empis, ó meningitis granulosa de otros autores, empieza con fenómenos que simulan una fiebre intermitente; pero la falta de periodicidad en la calentura, la verdadera continuidad de los accidentes y otros síntomas mas característicos, como la mancha hiperémica de Trousseau, la irregularidad del pulso, la respiracion suspirosa, así como la falta de los otros signos generales de las fiebres palustres, sirven de un modo seguro para hacer el diagnóstico.

Se enumeran otros muchos casos de acciones reflejas que simulan las fiebres intermitentes; así, se ha dicho, que el cateterismo de la uretra, exitaciones de las vías digestivas por los alimentos, alteraciones diversas de los órganos genitales en los viejos; la presencia de cálculos hepáticos, etc., desarrollan un aparato febril intermitente afectando el tipo cuotidiano de preferencia. En estos casos, el conmemorativo y la falta de los caracteres generales ya indicados, serán los medios de diagnóstico, así como tambien la impotencia del sulfato de quinina.

Citaré por último, como un medio general de diagnóstico, la mar-

cha en el desarrollo de la enfermedad, tan diferente en los casos de fiebre palustre simple, y los de una intermitente sintomática. "Lo que distingue la fiebre intermitente simple de la sintomática es, que la primera á medida que avanza toma mas claramente el carácter intermitente, mientras que la segunda, al contrario, lo pierde al desarrollarse." (1)

La afeccion periódica de un órgano ó aparato funcional determinado, presentándose bajo el tipo habitual de las fiebres intermitentes, sin pirexia aparente ó al menos con accidentes piréticos poco marcados, es el carácter semeiológico de las fiebres larvadas. Esta afeccion, puede variar de forma, tipo é intensidad en cada acceso, pero generalmente es la misma, durante el trascurso de una enfermedad. Las relaciones que unen estas formas con las ordinarias, son su trasformacion recíproca, su comunidad de orígen y la aparicion de la afeccion local durante los estadios paroxísticos de una fiebre normal. Por otra parte, la fiebre palustre viene haciéndose mas y mas latente, convirtiéndose en larvada, á medida que se pronuncia mas el accidente local.

Las fiebres larvadas pueden quedar comprendidas en una de las dos divisiones siguientes:

1 ª Los accidentes piréticos intermitentes, se localizan con sus períodos habituales en una region cualquiera del cuerpo, es la fiebre larvada tópica.

2 ª La afeccion de un órgano ú aparato funcional, aparece sola periódicamente, sin accidentes piréticos, al menos aparentes.

La fiebre tópica tiene uno ó mas de los estadios ordinarios, sin que la totalidad del organismo participe de la enfermedad. El calor es en general representado por un estado de subinflamacion ó de congestion limitada á alguna parte del cuerpo, el ojo, la mucosa nasal, gutural etc. Los accidentes generalmente se localizan, segun dige antes, despues de una fiebre ordinaria, pero no es raro verlos alternar con ella, así es muy comun en el curso de una fiebre terciana, ver aparecer en los dias apiréticos placas de urticaria que invaden una region mas ó ménos estensa del cuerpo. Otras veces los acci-

---

(1) (Trousseau), (Terapéutica tom. 2 º 8 ª edit. pág. 505).

dentes consisten, en congestiones, hemorragias, alteraciones de secresion etc. que se presentan ya solos, ya acompañados de movimiento febril periódico que es el caso mas ordinario. Son generalmente benignas, pero á veces suelen tomar el carácter pernicioso, estado apoplético, letárgico, eclamtico etc., en cuyo caso, es indispensable conocer el orígen del mal desde el primer acceso.

Los caracteres diagnósticos son estos: las afecciones viscerales simuladas por estas fiebres, no es comun que se presenten con tanta rapidez, y sobre todo, que desaparezcan completamente, al cabo de una duracion que no exede de la de un paroxismo de fiebre intermitente; por tanto, rapidez de desarrollo sin causa evidente, pronta disminucion sin motivo apreciable y accidentes muy agudos, son los signos característicos, con tanta mas razon, si estos fenómenos vienen acompañados con algunos de los signos propios del paludismo, pandiculaciones, sensacion fugaz de enfriamiento, calor exesivo del órgano afectado, sudor final, infarto del bazo etc. Por último, es un hecho demostrado, que en todas estas fiebres larvadas: el cuadro presenta siempre como característico algo de anómalo, mejor dicho de insólito, que no se aviene ó se aviene mal con la enfermedad simulada; así por ejemplo, será fácil distinguir durante una epidemia de cólera, que se tiene á la vista una fiebre larvada coleriforme y no el cólera morbus asiático, durante el periodo de algidez, ya, porque la temperatura ha subido en la escala termométrica á una grande altura, ya, porque las evacuaciones no tienen el aspecto característico de agua de arroz.

Es necesario tener presente, que importa muchas veces este diagnóstico, porque la fiebre larvada suele ser el preludio de una fiebre verdaderamente perniciosa.

Tambien debe tenerse en cuenta; en los casos de epidemia, la coexistencia posible de fiebres palustres normales, acompañadas de algunos fenómenos insólitos, fenómenos que pueden presentarse sin pirexia aparente en las localidades sujetas á la epidemia. De ordinario estos síntomas son la espresion de una intermitente larvada.

Otro de los caracteres diagnósticos de grande importancia en las fiebres larvadas, es el que ha señalado Sydenham estudiando la orina: este líquido, dice él, es ordinariamente de un color rojo saturado como el de los ictéricos, aunque de un rojo ménos intenso; deposita tambien, un sedimento que se parece al polvo de ladrillo machacado. Este carácter, fútil para muchos médicos, adquiere hoy todo su valor pues es el indicio, de que, la falta de la calentura no

es sino aparente en las manifestaciones larvadas de intoxicacion palustre.

En efecto, las investigaciones modernas han probado que este signo señalado por Sydenham, es el carácter de la orina febril, signo que segun Leyden Wuruh, es mas marcado en las afecciones febriles de tipo remitente.

La explicacion fisiológica de este fenómeno, se encuentra en el estudio de los fenómenos químicos de la combustion animal. En las afecciones febriles diversas, hay siempre un aumento en la escresion de los productos azoados de la orina, debido á la combustion exagerada de las materias albuminoides en el organismo, y la urea, que es el producto último de esta combustion, representa por su cantidad, la intensidad de la destruccion. Desde el momento en que el movimiento febril disminuye, disminuirá tambien la cantidad de urea y aumentarán los productos de la combustion incompleta; estos productos, formados por ácido úrico y uratos diversos, forman, por el enfriamiento de la orina, el sedimento indicado por Sydenham, y los glóbulos rojos destruidos, dejando libre la materia colorante de la sangre, dan á la orina el tinte rojo que caracteriza la orina febril; esta es por consiguiente un buen signo diagnóstico, que nos prueba, por otra parte, la existencia en las fiebres larvadas del movimiento febril, en la intimidad del organismo, pudiéndose concluir de aquí, que *no hay fiebres sin calentura,* idea opuesta á la de algunos autores que consideran las fiebres larvadas como simples neurosis

No se me oculta que algunas enfermedades apiréticas, traen consigo un aumento de ácido úrico y de uratos demostrable por el exámen de la orina Estas enfermedades son la gota, y las afecciones asfíxicas de duracion crónica, tales como el enfisema y las lesiones cardiacas avanzadas. En estos casos, los síntomas propios de cada una de estas enfermedades, los antecedentes y sobre todo la marcha de la enfermedad, esclarecerán el diagnóstico.

Las fiebres intermitentes se presentan algunas veces con una gravedad estraordinaria: los fenómenos morbosos no tienen siempre la misma regularidad de sucecion, ni las mismas relaciones de forma y de intensidad que caracterizan la fiebre periódica simple. Todos ó algunos de los accidentes que les son propios, adquieren tal fuer-

za ó toman una forma epifenoménica tan grave, que ponen inmediatamente en peligro la vida del enfermo; ó bien sucede que el conjunto de los fenómenos morbosos y sus relaciones de sucesion y de intensidad, presentan un desórden y una tendencia tal á la depresion de las fuerzas, que el organismo se encuentra á cada momento impotente para resistir á tamaños desórdenes funcionales.

Estas formas graves de las fiebres periódicas, constituyen las formas perniciosas; por un atento estudio de ellas, puede uno convencerse, de que á pesar de su aparente singularidad, no son sino desviaciones de la marcha ordinaria de las fiebres periódicas simples; de aquí es que puede hacerse una primera clasificacion, refiriendo sus síntomas predominantes, á los estadios de los accesos normales, de las fiebres simples; otra, será el resultado del estudio de la influencia palustre sobre los centros nerviosos y sobre la circulacion sanguínea.

La primera division comprende las formas denominadas álgida; ardiente ó lipírica, y sudoral, diaforética ó héloda.

Refiriéndose á la primera dice Griéssinger, que no es como se ha creido, una prolongacion del primer periodo (periodo de calosfrio) sino un colapsus profundo que viene al fin del calor y principio del sudor, muy parecido al colapsus de todas las fiebres graves; una de las pruebas que da, consiste en los ejemplares necroscópicos que ha tenido ocasion de observar en los individuos que han sucumbido á esta fiebre, en los cuales ha encontrado, las mismas alteraciones que se producen en todas las afecciones acompañadas de un calor exesivo. De aquí deduce él, que el síntoma peligroso consiste verdaderamente en el calor; este estado pirético es perceptible al mismo enfermo; él siente su actividad interiormente y solicita bebidas frias de preferencia á las que no lo son; los síntomas que la caracterizan son el enfriamiento externo, la temperatura periférica tiende á equilibrarse con la del medio esterior; los tegumentos presentan la lividez del calosfrio, el pulso es débil, precipitado y un sudor frio y viscoso cubre la piel, las facultades cerebrales están intactas y si el enfermo continúa enfriándose mas y mas, sucumbirá; pero, si por lo contrario, la algidez disminuye, la piel recobrará poco á poco su calor é irá cesando el peligro. Si esta forma se acompaña de fenómenos coleriformes, pudiera confundirse con el periodo álgido del cólera. El diagnóstico diferencial se basa en las consideraciones antes mencionadas.

La forma *lipírica ó ardiente* está caracterizada por una irritacion

pirética que llega al grado de provocar congestiones exesivas y aun subinflamaciones en uno ó varios órganos importantes. A esta forma pueden referirse las cerebrales, apopletiformes, hemoptoicas, neumónicas, enteríticas, etc., graves, sobre todo, por las lesiones viscerales que pueden dejar despues de ellas, lesiones que por sí solas pueden tener mucha gravedad. En todas estas, los síntomas predominantes por intensos que sean, se ligan siempre á una gran violencia en los accidentes piréticos, pueden cambiar en cada acceso, y alternativa é irregularmente, presentan desórdenes de los diversos aparatos; pero en cualquiera de estas formas nunca faltan los accidentes cerebrales, como acontece en todas las fiebres cuando la temperatura es muy alta, y todas ellas presentan, ese algo de insólito, de que ya hemos hablado en las fiebres larvadas: de ordinario es doble terciana y si aparece como terciana simple, la hora del acceso siguiente se adelanta y las intermisiones disminuyen. Se puede evitar cualquiera error de diagnóstico en esta forma, si se recuerda la invasion rápida de los accidentes febriles; la vuelta regular de los paroxismos y la evidencia constante de sus periodos, aun cuando los otros que no son el calor, sean poco marcados; la falta de relacion entre los síntomas generales y las perturbaciones locales, y por ûltimo, la aparicion y decrecimiento de estas últimas, siempre subordinadas al estado febril general, y arregladas siempre por la sucesion de los accesos y sus estadios.

La tercera forma de esta clase de perniciosas es la *héloda diaforética ó sudoral*: está caracterizada por la abundancia de los sudores; son frios, acompañados de una baja temperatura y de un colápsus semejante al de la forma álgida. Esta forma es muy insidiosa; sus dos primeros periodos pueden ser normales y suele venir acompañada de deyecciones no coloridas, y con una icteria mas ó menos pronunciada, El abatimiento de la temperatura no es admitido por todos; Gendrin dice que la invasion tiene lugar como la de la fiebre aguda en sus dos primeros periodos, y al venir el sudor, la calentura lejos de disminuir aumenta, siendo tanto mas intensa, cuanto que el sudor es mas considerable; el enfermo parece fundirse en un sudor frio y viscoso; el pulso es débil y frecuente, la respiracion anciosa, acelerada; las fuerzas se agotan y la inteligencia no se conserva sino para sentir la inminencia de la muerte. La rareza de esta forma y la facilidad que ofrece su diagnóstico, por la abundancia excesiva de los sudores, en un acceso de fiebre intermitente normal, me evitan el detenerme mas sobre este punto.

***

De dos maneras pueden ser las lesiones del sistema nervioso; unas se refieren á la influencia palustre de un modo inmediato, otras son debidas á las obstrucciones capilares ocasionadas por la descomposicion de la sangre; voy á ocuparme de las primeras, de las segundas hablaré despues.

La influencia maremmática sobre el aparato cerebro-espinal, se traduce por el delirio, el coma, las convulsiones de diferente naturaleza, la catalepsia, la epilepsia, las parálisis etc. La forma mas comun, segun Jaccoud, y la mas grave, es la perniciosa soporosa, comotosa ó apopletiforme; cuando aparece, está caracterizada por la obtusion de las facultades intelectuales. Esta forma es insidiosa, pues muchas veces el coma que acompaña el paroxismo febril, se parece al sueño fisiológico; es muy peligroso porque puede tomarse como un fenómeno saludable, esto es, como el descanso que recibe el enfermo despues de su acceso, no siendo sino un estado comatoso en el cual puede sucumbir. No siempre en esta forma, el sueño es tan tranquilo como acabo de manifestar, sino que el coma en que se hayan sumergidos los enfermos, viene á veces acompañado con síntomas alarmantes, hasta el grado de llegar á ser un verdadero carus. No dejaré este punto sin citar un caso de forma comatosa benigna que tuve ocasion de observar. La Sra. M. L. de mas de cincuenta años de edad, fué atacada de vómitos biliosos, que ella había atribuido á una gastralgia crónica que padece, con los cuales comienza de ordinario; momentos despues se sintió acometida de un calosfrio violentísimo, que duró desde las ocho de la mañana hasta cerca de las tres de la tarde, hora en que cayó en un estado comatoso, que se prolongó hasta las seis de la mañana del siguiente dia; este estado no impedia á la enferma, manifestar cierta inteligencia cuando se trataba de sacarla de él, llamándole la atencion; pero inmediatamente caia de nuevo en el coma: habia reaccion febril de inten-

sidad mediana; entre los fenómenos prodrómicos, aun no mencionados, era notable un adormecimiento general de los miembros, tanto superiores como inferiores, fenómeno que se manifestó tres ó cuatro dias antes del acceso, persistiendo durante él acompañado de cefalalgía. Se creyó desde luego que se trataba de una fiebre palustre, y en consecuencia, se le administró un purgante salino y pasadas cuatro horas, dos granos por hora de bisulfato de quinina mientras duró el acceso; llegada la apirexia, la enferma había tomado medio escrúpulo. Con el objeto de prevenir el acceso inmediato se le administró entonces una nueva dosis de quinina, un escrúpulo dividido en dos porciones, una por la mañana cuando terminó el acceso y otra por la noche. De este modo se logró conjurar el siguiente paroxismo y obtener la completa curacion de la enferma. Como medios adyuvantes, y para llenar las indicaciones sintomáticas, se le aplicaron compresas empapadas en una mezcla de agua y éter, y además lavativas laxantes; durante la convalecencia se le admistró onza y media al dia de vino de quina.

El coma se presenta algunas veces desde el primer estadío, pero lo regular es que aparezca en el segundo. El enfermo puede sucumbir durante el primer acceso, pero esto es raro, lo mas frecuente es que la muerte venga en el segundo, tercero ó á lo mas en el cuarto. Esta forma, segun Grisolle, es la perniciosa, que se encuentra mas frecuentemente en los niños.

Otra de las manifestaciones perniciosas del envenenamiento palustre es la forma delirante; el delirio que en ella se presenta, es muy variable en su intensidad y aparece de ordinario en el segundo estadío; este delirio es á veces verdaderamente maniático, lo que le ha valido el nombre de *manía terciana de Irmer;* disminuye hasta desaparecer en el período de sudor; parece natural referir el delirio á la intensidad febril; suele ser tan violento que mate con estremada rapidez á los enfermos; otras veces precede á un coma profundo, precursor de la muerte. Estas formas son las mas comunes de las perniciosas cerebrales.

Entre las perniciosas espinales podemos colocar; la tetánica, cuyo cuadro sintomatológico, corresponde al de la enfermedad de que toma su nombre: la forma paralitica, en la cual las parálisis son parciales y de duracion variable; la forma convulsiva es una de las que suelen aparecer en los niños por el solo hecho de la fiebre, sin tener el carácter pernicioso; por consiguiente, no debe considerarse como tal, sino solo en aquellos casos en que coincide con un estado

general grave, y sobre todo cuando por la frecuencia de las convulsiones y su intensidad, y el desórden funcional que determinan, amenazan prontamente la existencia, pues es un hecho en patología general que el calosfrio en los niños, puede ser reemplazado por convulsiones, sin que esto por sí solo, aumente la gravedad del mal. Este hecho que aquí señalo, ha sido indicado desde hace mucho tiempo, por Sydenham, en las neumonias de los niños.

Entre las otras formas de orígen mal definido, se encuentran la cataléptica y la epileptiforme. De la primera, dice Jaccoud, que no está bien determinado que el miasma palustre pueda desarrollarla. Es tan rara esta enfermedad, que creo inútil detenerme demasiado en ella; únicamente se debe recordar el orígen palustre posible de este mal, cuando se observe un caso de catalepsia.

Las formas epileptiforme y eclámtica no tienen otros síntomas, además de los generales á cualquiera forma perniciosa, que aquellos que corresponden á la enfermedad á quien se asemejan. He tenido ocasion de observar en Orizaba, un caso de perniciosa convulsiva que se puede referir á la forma eclámtica, bastante comun en aquella poblacion.

M. G., niña de ocho años, desde las diez de la mañana comenzó á tener vómitos biliosos, diarrea y calosfrio; el médico que había sido consultado le ordenó un purgante que no pudo tomar, pues al cabo de una hora de esos prodromos, cayó repentinamente, presa de convulsiones. El padre justamente alarmado, corrió en busca del médico á quien habia visto antes y no hallándole ocurrió á mí. Encontré á la niña acostada en decúbito dorsal; vuelta la cabeza hácia el lado izquierdo, era agitada de movimientos convulsivos de lateralidad. La boca desviada en el mismo sentido, era movida por alternativas de contraccion y de relajacion, así como todos los músculos del lado izquierdo de la cara. Las mismas convulsiones clónicas se notaban en los miembros, siendo mas pronunciadas en los superiores y del lado izquierdo; una espuma sanguinolenta salía de la boca; los ojos estaban fijos y entreabiertos; la respiracion era difícil y estertorosa; los tegumentos muy pálidos, presentaban un tinte amoratado en los dedos, los lábios y la naríz; sumamente fria enlas estermidades, contrastaba con la piel del tronco, queen el vientre y en el torax revelaba al tacto una muy elevada temperatura; el pulso, sumamente concentrado y frecuente, el corazon latía ciento sesenta veces por minuto. Tenía yo á la vista un acceso franco de eclamsia; pero en atencion á que esta niña no habia tenido ataques

anteriores de esta neurosis, á que las convulsiones habian durado mas de hora y media, á la elevada temperatura del tronco, habiendo sido precedido todo este cuadro, de vómitos, diarrea y calosfrio, sospeché que podia tratarse de una perniciosa de forma eclámtica; la retraccion de las paredes del vientre no me permitió esplorar las vísceras abdominales. Le puse inmediatamente una inyeccion de 50 centígramos de bisulfato de quinina, y le ordené cuatro papeles de calomel y jalapa (dos granos de cada cosa) para que tomase uno cada media hora. Veinte minutos despues de la inyeccion, las convulsiones habían cesado, persistiendo solamente los vómitos y la diarrea; por la noche, la enferma estaba enteramente tranquila, los vómitos habian cesado, solamente se quejaba de un gran cansancio y dolor de cuerpo; habia súdado y el pulso latía cien veces por minuto; nueva dósis de sulfato de quinina (50 centígramos) al interior; el dia siguiente lo pasó muy bien, estaba solamente muy débil y adolorida de todo el cuerpo; prescripcion: 30 centígramos de quinina para la noche y 30 para la mañana siguiente; el tercer dia se prescribió un laxante y los siguientes un régimen tónico. No volvió á presentarse otro acceso.

El diagnóstico de las fiebres perniciosas que revisten las formas cerebro espinales es de una necesidad absoluta, puesto que de no establecerlo se arriesga la vida del enfermo: en efecto, no es raro, lo mismo que en las otras perniciosas, que la muerte venga en el segundo acceso y aun en el primero; por lo tanto, voy á tratar de presentar los diferentes rasgos, que caracterizan la fisonomía de las enfermedades palustres, y que las distinguen, con cierta claridad, de las enfermedades que no son el efecto del envenenamiento maremmático. Hablaré, en primer lugar, de las perniciosas que se observan en su primer acceso y que revisten una forma muy grave, por ejemplo la forma comatosa. Como el coma se observa en multitud de afecciones cerebrales, se puede considerar este estado en dos circunstancias; una, cuando está acompañado de movimiento febril; otra, cuando es apirético; en este último caso, no es de suponer que el coma que se observa pueda referirse á una perniciosa, sin embargo, deben examinarse con cuidado, los fenómenos prodrómicos y la temperatura por medio del termómetro, en caso de que exista algun temor; la falta de fenómenos febriles y de los prodromos propios de la fiebre palustre, escluirán el orígen maremmático. En virtud de lo dicho, creo inútil establecer el diagnóstico con la congestion, la apoplejia, el reblandecimiento, etc. enfermedades apiréticas.

Mas difícil es establecer la diferencia en los casos de afecciones cerebrales, acompañados de movimiento febril, como son la forma adinámica de la fiebre tifoidea, la meningitis y la encefalitis; sin embargo, en cada una de estas enfermedades se notan fenómenos de exitacion nerviosa que les dá cierto carácter, y en la fiebre tifoidea hay ademas las epistaxis y el gorgoriteo ileo-cecal; ademas de esto, la manifestacion del coma en una perniciosa es muy rápida, en tanto que en las otras enfermedades tiene prodromos mas ó menos largos, pero siempre de duracion mayor, y cuando los tiene en la intermitente perniciosa, ya dije que son los de la intermitente simple con su carácter especial de periodicidad: agregaré por última vez, que en la forma mas bien delineada que simule una enfermedad cualquiera, hay siempre algo de insólito ó de anómalo que no conviene con la enfermedad simulada y aun muchas veces la niega, y esto es todavía mas característico, cuando la simulacion tiene por objeto enfermedades de marcha cíclica, ó aquellas en las cuales se encuentran síntomas constantes, característicos ó patognomónicos, los que no aparecen con estas propiedades especiales en las fiebres palustres.

Respecto de las formas delirante y convulsiva, podrian hacerse consideraciones análogas.

En los casos en que el carácter pernicioso de la fiebre se revela desde su principio, ningun resultado puede obtenerse en este momento del estudio de la invasion de la enfermedad: en un gran número de circunstancias, es preciso dejar marchar el mal, y por la desaparicion completa ó casi completa del síntoma alarmante que llamó la atencion, diagnosticar la perniciosa, puesto que semejante resultado, en ningun otro caso que no fuese palustre podria presentarse: en la marcha de la enfermedad, tendremos tambien la fisonomia propia del tipo intermitente, pues la perniciosa se muestra revistiendo los tipos cuotidianos, terciano ó doble terciano y remitente. En muchas circunstancias vemos, que aunque no suficientemente caracterizados, pero sí capaces de descubrirse por el estudio, se encuentran los tres estadíos propios de cada acceso; sin embargo, esto no debe fijar nuestra atencion de un modo tan interesante, puesto que pueden faltar algunas veces. En la marcha debemos mirar como uno de los datos mas preciosos, la época del dia en que se muestran los accesos y la regularidad de tiempo á que corresponden. Graves, en su clínica médica, dice haber observado que el intervalo de un acceso á otro, correspondia á un periodo de

doce horas ó á un número de horas múltiplo de este. Si en el intervalo de estos accesos no existe siempre un alivio completo, sí se advierte una notable diferencia del máximum de la enfermedad á su periodo de declinacion, muy suficiente las mas veces para revelar su orígen. No quiero hablar del infarto del bazo ni de los otros síntomas diagnósticos que nos pueden servir en este caso, por haberme ocupado antes de ellos.

Antes de terminar este asunto quiero hacer unas ligeras consideraciones. Acontece frecuentemente que los síntomas perniciosos se prolongan, se renuevan y aun se hacen subintrantes; en estos casos, el fenómeno nervioso ú otro que llama la atencion, puede sufrir una disminucion tan poco notable, que el médico vacile: así es que es necesario tener presente esta circunstancia que menciono, y no olvidar la topografía del lugar, otro elemento que ya he indicado antes y que es importantísimo tener en cuenta, así como la constitucion epidémica y en caso de la menor duda, inclinarse á la suposicion del paludismo pernicioso, porque de lo contrario, podria quedar el remordimiento de no haber aplicado en hora oportuna el tratamiento específico.

El diagnóstico de las fiebres intermitentes presenta mayores dificultades, cuando no solamente se reviste con un solo síntoma como vimos arriba, sino que se disfraza con todos los caracteres semeiológicos de una enfermedad completa; lo que constituye una verdadera fiebre larvada. Entre las afecciones cuya forma adopta, se encuentra la meningitis. Recuerdo á este respecto el siguiente caso: reinando el sarampion en Orizaba á principios del presente año, cayó en cama uno de los hijos de mi apreciable amigo el Dr. Mendizabal: al principio se manifestaron los síntomas prodrómicos del sarampion, pero despues de seis dias de invasion catarral franca, no aparecia la erupcion: repentinamente el movimiento febril se exacerbó, acompañándose de fotofobia, vómitos, agitacion viva, movimientos de péndulo en la cabeza, el enfermo daba gritos, la lengua estaba seca; en fin, se presentaba todo el cuadro de una meningitis. En vista de esto, se le administró un purgante de calomel, el cuadro sintomatológico se modificó al cabo de siete ú ocho horas, apareciendo entonces un sudor profuso; se le administró la

quinina al interior. A las veinticuatro horas apareció el mismo cuadro, igual cosa se repitió á las cuarenta y ocho, pero ya muy modificado. El octavo dia, el exantema del sarampion apareció siguiendo su marcha normal, hacia la curacion. Vemos pues aquí una meningitis que no era otra cosa sino una intermitente de forma perniciosa, complicando é impidiendo la manifestacion exantemática del sarampion.

Las perniciosas pueden tomar tambien la forma de afecciones pulmonares. Se ha hablado de fiebres asmáticas: Torti, ha descrito una fiebre terciana catarral que presentaba todos los síntomas de un catarro sofocante; yo mismo he visto dos casos que afectaban esta forma, que se refieren á dos personas ya ancianas y que solo padecieron dos accesos; la quinina administrada despues del segundo, en cuanto se sospechó que se trataba de una fiebre intermitente, impidió la aparicion de nuevos accesos. En ambos casos, á una elevada temperatura, se agregaban una gran dificultad en la respiracion y todos los fenómenos estetoscópicos de una bronquitis capilar, cuadro que desaparecía por la noche y era seguido de un dia en que el enfermo disfrutaba de una salud perfecta, sin mas molestia que la fatiga ocasionada por causa del acceso anterior.

Respecto de las perniciosas de forma pleurética, mencionaré el caso siguiente que debo á la amistad del Dr. Mendizábal; una niña de tres años sufría un violento dolor en el costado derecho, acompañado de calosfrio y de un fuerte movimiento febril, casi todos los signos estetoscópicos eran los de una pleuresia franca; á las ocho ó diez horas, sudor copioso viscoso y frio, defervescencia instantánea, cesacion de todos los otros síntomas. El tratamiento empleado habia sido una pocion sudorífica y antiespasmódica y un gran sinapismo hasta la vesicacion; viendo declinar la enfermedad tan violentamente, se sospechó que se trataba de una perniciosa; en consecuencia se administró la quinina intus et extra; á las veinticuatro horas apareció el mismo cuadro modificado favorablemente; se administró de nuevo la quinina, y siguiendo este sistema, se obtuvo la completa salud el cuarto dia.

Debo advertir que esta forma, epidémica á veces, no se presenta con suma gravedad cuando afecta el tipo terciano; entónces los dias apiréticos, dejando al enfermo en reposo absoluto, los accesos no le ocasionan tan grande ansiedad como cuando afecta el tipo cuotiduo. Podria yo citar varios casos; pero solo haré mencion del siguiente: F. V. jóven de veinte años, se sintió afectado de un violento

dolor del costado derecho, precedido de intenso calosfrío y acompañado de fuerte reaccion febril, tos seca, ansiedad profunda, cefalalgía, inapetencia: la exploracion torácica revelaba á la percusion, un sonido muy oscuro en el punto enfermo y á la auscultacion, una debilidad del murmurio vesicular; terminado el acceso por un sudor muy abundante, el enfermo se encontraba al dia siguiente gozando de la mas completa salud; pero volvió á presentar el tercer dia el mismo cuadro que el primero; adminístrose la quinina el cuarto dia á pequeñas dósis repetidas; en el quinto dia, se presentó el acceso mucho ménos intenso, fué por consiguiente indispensable administrar una nneva dósis de la sal antiperiódica, en el dia sesto, que fué apirético lo mismo que el cuarto, y de este modo se obtuvo la curacion completa de la fiebre. La forma pleurética es segun Jaccoud, menos frecuente que la neumónica; sin embargo, yo he tenido ocasion de observar varios casos de la forma pleurética, en tanto que no podria citar uno solo de forma neumónica; de esta última forma no conozco mas casos que los publicados en la *Gaceta Médica* (Tomo XIII Entrga 16ª) observados por los Sres. Lavista, Ortega D. Francisco, Liceaga y Bandera.

Las fiebres perniciosas pueden presentar síntomas graves, simulando enfermedades de los órganos abdominales; así es, que se han admitido formas hepática, ictérica, disentérica, etc. Se haria muy cansado este escrito, si quisiera detenerme en cada una de estas formas; además, como mi objeto únicamente consiste en establecer el diagnóstico entre las fiebres perniciosas y todas aquellas enfermedades con las cuales se pudieran confundir, me parece que es suficiente lo que hasta aquí llevo referido; en fecto, los caractéres mas marcados, se toman principalmente de la marcha de la enfermedad: en los casos que he referido se puede notar la desaparicion más ó ménos completa de los síntomas que caracterizan el cuadro de la enfermedad simulada, cuadro que reaparecia de una manera análoga despues de un periodo de remision de una duracion siempre constante. Esta circunstancia, no la veremos en ningun estado patológico independiente de un envenenamiento palustre.

La forma remitente es otra de las manifestaciones del envenemiento palustre; se encuentra de preferencia en los lugares pantanosos de los climas cálidos, así como las otras formas del paludismo, de lo cual tenemos una evidente prueba en nuestras costas.

Es sabido que puede presentarse bajo la forma remitente desde el principio, pero hay ocasiones en las cuales sus primeras manifestaciones son las de una fiebre intermitente ordinaria; en seguida los accesos se prolongan, se aproximan, se confunden é imbricándose por decirlo así, constituyen de este modo la remitente. Durante su curso, puede presentar fenómenos graves que le dan una fisonomía especial, á la manera que hemos visto hablando de las intermitentes perniciosas.

El diagnóstico presenta dificultades mayores en esta forma que en cualquiera otra de las ya estudiadas, en atencion á que el tipo periódico no se caracteriza de una manera tan clara.

La remitente puede considerarse de dos maneras: la que podria llamarse remitente simple y la remitente perniciosa. En la primera, cualquiera que haya sido su principio, esto es, que se haya presentado como intermitente ó bien como desde luego remitente. podrá servir para establecer el diagnóstico entre ella y las demás afecciones agudas que se le asemejen, desde luego el conmemorativo, en seguida su marcha. En las enfermedades agudas que presentan exacerbaciones, estas tienen de ordinario lugar hacia la tarde ó en la noche, en tanto que las fiebres remitentes se les puede observar en cualquiera hora del dia. El conmemorativo es de tal im portancia que para muchos autores es la base del diagnóstico. A este respecto dice Jaccoud: "el grupo de las fiebres remitentes está mal definido, se han reunido bajo este nombre hechos totalmente desemejantes y cuando se leen las observaciones acumuladas con tan poco juicio, se encuentran allí, no sin sorpresa, al lado de verdaderas fiebres remitentes, catarros gástricos, catarros de las vias biliares, neumonias, tifos, etc. Tal confusion debe cesar; la remision aunque sea regular de la calentura, es un criterio insuficiente, pertenece á todas la enfermedades que acabo de citar. Lo que es característico, es el orígen por malaria (cuando esto puede establecerse); es la trasformacion de la remitente, en intermitente, mutacion frecuente; es la hinchazon precoz del bazo y del hígado, hecho constante; es en los casos graves, la melanemia. Una fiebre que no presenta estos caractéres, puede muy bien ser remitente, pero no pertenece á la infeccion palustre; es una fiebre remitente sintomática y numerosas son las lesiones que pueden ocasionarla."

En consecuencia, de estas dos fuentes, conmemorativo, y marcha, se tomará lo que sirva de base al diagnóstico.

La forma remitente puede presentarse con un carácter mas ó

menos intenso por el estado general y por su marcha, remedando en cierto modo al tifo, del cual conviene separarla: para convencerse de esta semejanza, basta dar una rápida ojeada á la descripcion, que de esta clase de remitentes hacen los autores; en Jaccoud por ejemplo, se puede ver, en la forma que él llama ligera, como comienza por un abatimiento general, calentura, epistaxis, cefalalgía, sumbidos de oídos, vértigos y postracion; cuadro que perfectamente simula el principio de una enfermedad tifoidea: sin embargo, al lado de estos síntomas, habla de la icteria, tumefaccion del bazo y ciertos caracteres en la calentura como la irregularidad primitiva, presentando despues exacerbaciones periódicas seguidas de sudor, teniendo lugar por la mañana ó por la tarde, ya haciéndose doble cotidiana, ya terciana, ya doble terciana, acabando en algunos casos por ser verdaderamente intermitente, presentando periodos de completa apirexia. En la forma que él llama intensa, presenta un carácter, tifoideo mas marcado; hay estupor, delirio, sequedad y color negruzco de la lengua, diarrea ó constipacion, vómitos etc.: el movimiento febril es mas intenso y sus remisiones no son bastante apreciables y aun suelen faltar del todo. Al lado de estos síntomas, se nota el aumento constante del volúmen del bazo y muy frecuente del hígado, órganos algunas veces dolorosos á la presion; aquí, como en los casos anteriores, hay icteria mas ó menos pronunciada, y además el carácter constantemente bilioso de los vómitos.

De estos últimos síntomas marcados en todas las formas remitentes, se puede uno servir para establecer el diagnóstico. Además Twining ha notado, en las fiebres que tuvo ocasion de observar en Bengala, que existia un dolor detrás del cuello, hecho observado ya por Hipócrates.

Cuando la fiebre remitente está perfectamente establecida y tiene un aparato febril de alguna intensidad, existe un dolor mas ó menos vivo en el epigastrio.

Recuerdo un caso en que la fiebre remitente presentaba todo el aspecto de una fiebre tifoidea: M. V. jóven de 22 años, robusto y de temperamento sanguíneo, despues de una semana de permanencia en Omealcoca, municipalidad del Canton de Córdoba, se sintió afectado de pesadez de cabeza, cefalalgía intensa, vértigos, zumbidos de oídos, cansancio, epistaxis abundantes, repetidos vómitos biliosos y diarrea. El segundo dia de estos fenómenos, sintió calosfrios irregulares y repetidos, acompañados de calentura poco intensa, dolor epigástrico exagerado, raquialgía cérvico-dorsal, meteoris-

mo. Todos estos síntomas fueron en progresivo aumento hasta el quinto dia; á este cuadro vinieron á agregarse abundantes hemorragias intestinales, subdelirio debido seguramente al aumento considerable de la calentura, habia ademas ansiedad extrema, nauseas constantes y vómitos repetidos; el pulso latia ciento cincuenta veces por minuto, la piel estaba caliente y seca, fuertemente congestionada, parecia ser el sitio de un exantema incipiente, pero observando con atencion se percibia á travéz del color rosado de los tegumentos así como en las conjuntivas, un tinte ictérico ligero; el vientre meteorizado era muy doloroso tanto en el epigastrio como en las fosas iliacas; en la derecha, se despertaba por la presion el zurrido ileo-cecal; en vista de este cuadro, difícil era establecer el diagnóstico. Los fenómenos que se presentaban de parte del vientre, así como las epistáxis, vértigos, zumbidos de oídos, cefalalgia, aspecto abotagado de la cara, delirio, etc., le daban mucha semejanza con la fiebre tifoidea, pero el tinte icterico, los vómitos biliosos, las hemorragias intestinales, la ansiedad precordial y la procedencia del enfermo, inclinaban fuertemente el diagnóstico, hacia una fiebre palustre; esta idea me pareció mas racional al observar la marcha que siguió la enfermedad; en efecto, en la noche el pulso bajo 110, y el enfermo sudó abundantemente: al siguiente dia la temperatura se elevó de nuevo y el pulso latió con la misma frecuencia del dia anterior, para presentar en seguida la misma defervescencia, á la misma hora que en la noche precedente.

En este caso hay que notar algunas particularidades respecto del tratamiento. El estado de exitacion de las vías digestivas era tan grande, que no era posible hacerles tolerar ni los alimentos, ni las medicinas; la pocion de Rivière, era vomitada; y los vómitivos devueltos antes de poder ejercer su accion, Dominado por la idea de que todo este cuadro no reconocia mas causa que la infeccion palustre, aconsejé que se administrará en inyecciones el sulfato de quinina: aceptada esta indicacion, se vió desaparecer todo aquel terrible conjunto de síntomas, quedando una fiebre continúa, sin exacerbaciones, desde el dia siguiente al de la administracion de la quinina; esta calentura fué desapareciendo en seguida, sin necesidad de nueva dósis de la sal antiperiódica.

La fiebre remitente perniciosa, es la forma mas grave que podemos considerar; la calentura puede presentar sus exacerbaciones de una manera irregular pero siempre creciente, y presenta fenómenos muy graves, como por ejemplo: hemorragias diversas, fenóme-

nos inflamatarios del hígado, de los intestinos, del pulmon, y ademas, el estado tifoideo y la icteria, son mas marcados que en la forma anterior; otras veces se parece en sus manifestaciones á la fiebre amarilla, hasta el grado de que seria disculpable cualquier error. La generalizacion de los accidentes á todas las vísceras, escluye la afeccion particular de alguna de ellas como causa de todo el cuadro sintomatológico. Aquí, el punto capital á mi ver, consiste en separar la remitente biliosa ó tifo icteroide de la fiebre amarilla, de la icteria grave y de la endocarditis ulcerosa; una y otras presentan como síntomas comunes, nauseas, vómitos, ansiedad precordial, constipacion ó diarrea, sufusion ictérica de la piel, hemorragias por distintas vías, hipo, postracion extrema, etc. Comparando la fiebre ictero-hemorrágica, con la fiebre amarilla, se nota que la primera sigue siempre una marcha progresivamente creciente, ya regular, ya irregular: en la fiebre amarilla, vemos por el contrario, la aparicion de los accidentes hacerse de una manera brusca y llegar rápidamente á su máximum de intensidad, disminuyendo progresivamente, con raras excepciones, cualquiera que deba ser su terminacion, hasta el punto de que al tercero ó cuarto dia, muchos enfermos parecen en vía de curacion. El carácter de los vómitos, tiene su importancia algunas veces para el diagnóstico; los de la fiebre amarilla son generalmente melánicos; en tanto que los de la remitente son, ó simplemente biliosos, ó están mezclados con sangre pura. Sin embargo, los vómitos pueden ser enteramente iguales en ambas enfermedades; el valor diagnóstico se tomará de la mayor frecuencia de vómitos formados de bílis alterada en la fiebre biliosa y de vómitos melánicos en la fiebre amarilla, circunstancia que ha valido á esta última enfermedad, el nombre vulgar de vómito prieto. Lo que he dicho respecto del carácter de los vómitos, puede aplicarse á la naturaleza de las evacuaciones en ambas enfermedades. Respecto de la icteria, fenómeno comun á las dos fiebres, puede decirse que es mas precoz en la fiebre biliosa, que en la fiebre amarilla.

La semejanza en el cuadro sintomatológico de ambas enfermedades, ha hecho que se llame á la remitente biliosa, la fiebre amarilla de los criollos, y aunque no de una manera tan exacta, pudiera llamarse á la fiebre amarilla, la remitente biliosa de los extrangeros no aclimatados; en una palabra, es necesario en la cuestion del diagnóstico, tener presente las ideas de clíma médico, aclimatacion, epidemia etc. Por otra parte, signos importantísimos pueden

tomarse del conmemorativo; la remitente biliosa, manifestacion de las mas altas del paludismo, rara vez invade al individuo súbitamente, casi siempre, por el contrario, el enfermo ha presentado antes otras manifestaciones de la intoxicacion palustre, ó un primer ataque de la misma remitente biliosa, siendo este último hecho tan conocido por los que han ejercido en las Costas del Golfo Mexicano, que es muy comun aconsejar de una manera enérgica la espatriacion, á las personas que han tenido ya una vez esta enfermedad, pues la experiencia demuestra, que esos individuos tienen una susceptibilidad marcada, una especial receptividad para ese terrible azote; por el contrario, pocos son los hechos bien establecidos de reincidencia de la fiebre amarilla, pues esta última enfermedad se parece mucho bajo este punto de vista, á las enfermedades virulentas. En la invasion de ambas enfermedades, la diferencia tambien es notable, raro, muy raro es que la fiebre remitente biliosa se establezca como tal, primitivamente, siendo lo mas comun que sea precedida de alguna manifestacion simple ó nó de paludismo, lo que constituye un principio incidioso, en que la enfermedad parece vacilar para establecerse, y en el que las causas ocasionales no representan ningun papel; de muy distinta manera sucede en la inmensa mayoría de los casos de fiebre amarilla, en los cuales estas tienen gran valor: entre todas ellas, hay una que se encuentra casi siempre, y es el enfriamiento estando el cuerpo en sudor, cuya accion, es tan pronta y marcada, que parece, por decirlo así, que el organismo bajo su influencia ha abierto de súbito y de par en par las puertas á la enfermedad.

Recordando la invasion del tifo exantemático y de la fiebre tifoidea, pudiera decirse que la fiebre amarilla es al tifo exantemático, como la remitente biliosa es á la fiebre tifoidea.

Los caracteres distintivos entre la icteria grave y la fiebre biliosa, son principalmente los siguientes: en la icteria grave, hay generalmente una lentitud notable del pulso, falta absoluta de calentura, y aun cuando se encuentre el pulso febril, no tiene el carácter remitente propio de la fiebre biliosa; solo se observa en los primeros dias y no cede bajo la influencia de la quinina.

Beranger Féraud, dice que en la fiebre biliosa, que él llama melanúrica, la orina escasa, casi negra ó por lo menos muy oscura, semeja por su color ya al café, ya á la tinta ó al vino de Málaga: los ácidos azótico y clorídrico no dan la reaccion característica de la presencia de la bilis, como sucedería en la icteria grave: los orines

son generalmente rutilantes en el momento de su emision, lo que ha hecho dar á esta afeccion el nombre de fiebre ictero-hematúrica. Las manchas que dejan en la ropa, varian del color rosado al rojo moreno, sin areola amarillo verdosa, como sucederia en la icteria, en que hay bílis libre. Del color ictérico podremos tomar un carácter distintivo que podrá ser alguna vez de importancia: este tinte amarillento precede generalmente en la icteria á la aparicion de los accidentes graves, lo que no es comun en la fiebre biliosa. Por otra parte, la percusion revela en el segundo periodo de la icteria grave, una disminucion considerable en el volúmen de la glándula hepática, en tanto que en la fiebre biliosa, el aumento de volúmen de este órgano es persistente. El bazo en esta última enfermedad, adquiere un volúmen considerable; sucede lo mismo en la icteria grave, pero ni es á tal grado, ni es tan constante; hay hechos en que pasa justamente lo contrario; he visto últimamente en el Hospital "Juarez" un individuo víctima de la icteria grave, cuyo bazo solo tenia nueve centímetros de largo por seis de ancho; pude observar en el Hospital de San Andrés, otro caso en que esta víscera estaba notablemente reducida de volúmen. Este fenómeno nunca se presenta en las diversas formas del paludismo, cualesquiera que sean, y menos en la remitente biliosa, una de las manifestaciones mas constitucionales de este.

Hay otros signos tales como los dolores reumatoides que acompañan á la icteria grave desde el principio de la enfermedad, y que en nada se parecen á los dolores contusivos de las fiebres graves; ademas, la localidad en que se observa, la constitucion médica reinante, las condiciones individuales y los antecedentes, son caractéres útiles para hacer una separacion satisfactoria: pero lo que servirá principalmente de base para el diagnóstico, es la marcha de la calentura, puesto que sus exacerbaciones matinales, escluirán absolutamente la icteria grave.

La forma piohémica de la endocarditis ulcerosa presenta un conjunto de síntomas tan parecido al de la remitente biliosa, que en muchas ocasiones será embarazoso el diagnóstico; en efecto, el principio de la endocarditis puede ser acompañado por calosfrios de marcha tan regular, que se podria creer en la existencia de una fiebre intermitente; el frio suele ser seguido de calor vivo y sudores á veces abundantes, aunque es mas frecuente el que sean moderados; la calentura es intensa, sube desde el segundo dia, de 40° á 41°, 5; el infarto del bazo es habitual, así como el dolor en la re-

gion esplénica; todos estos fenómenos acompañados de dolor epigástrico, vómitos, diarrea abundante, meteorismo, ansiedad y angustia, preceden á la icteria, fenómeno que puede referirse, en la mayoría de los casos, á la obstruccion del tronco ó de los ramos de la arteria hepática; por otra parte, las hemorragias que se verifican, ya por la piel, ya por otros aparatos, vienen aumentando la confusion; sin embargo, atendiendo, á la marcha de la calentura, notaremos en la endocarditis la falta de la periodicidad con el carácter que presenta en las fiebres palustres, en las cuales las exacerbaciones son de ordinario matinales y las remisiones, nocturnas; y ademas si prevenido el médico por la coincidencia de los signos de una afeccion cardiaca (fenómenos morbosos propios del órgano central de la circulacion y del pulso) se remonta á los antecedentes, conseguirá las mas veces hacer el diagnóstico. Entre los signos diferenciales, encontrará la invasion brusca mas ordinaria de la endocarditis ulcerosa, abcesos articulares, obstrucciones capilares. etc. A causa de los esfuerzos que hace el corazon para espulsar los coágulos hácia el árbol arterial, tiene que luchar con él, y las alternativas de lucha y de reposo, dan al pulso un carácter de irregularidad en la endocarditis; es dicroto y las pulsaciones suelen reunirse en grupos de tres ó cuatro, separados por intervalos regulares; es pues el pulso, otro de los medios apreciables para el diagnóstico; pero el mas precioso se toma de los fenómenos estetoscópicos del corazon; en efecto, el primero ó el segundo de los ruidos normales, es reemplazados por un soplo, que no puede ser referido sino á la existencia de una lesion valvular.

Agregaré por último, que el predominio de los fenómenos gastro-intestinales, indicarán al práctico á suponer la existencia de una remitente biliosa; porque si es cierto, que en una forma de la endocarditis ulcerosa, estos fenómenos gástricos son mas marcados que los del mismo género en la remitente biliosa, en la endocarditis toman un carácter especial, muy diferente, que ha valido á esta forma el nombre de coleriforme.

Médicos respetables dicen, que la remitente puede revestir la forma neumónica y aun otras diversas formas. He citado ya lo que á este respecto dice Jaccoud. Por otra parte,' querer establecer un diagnóstico, seria repetir lo que ya he dicho al ocuparme de las intermitentes, en las cuales, el paludismo afecta alguna ó algunas de las vísceras. Diré para concluir, que á mi ver, cuando la neumonia ó alguna inflamacion visceral cualquiera, de orígen palustre,

llegue á estar perfectamente caracterizada, la calentura en vez de ser intermitente, deberá tomar el tipo remitente ó pseudo-continuo.

Muchas ocasiones sucede que los accesos de fiebre palustre, aproximándose se reunen y llegan á enlazarse de tal manera, que no presentan en su marcha ninguna apariencia de paroxismos ni de remisiones; afectan entonces en su marcha una forma contínua, que le ha valido el nombre de fiebre pseuda continua.

El diagnóstico de esta forma es difícil, porque en algunas ocasiones la marcha de los síntomas, nada presenta de particular que nos revele su orígen; no obstante esto, las mas veces se descubrirá por un interrogatorio bien dirigido que al principio ha habido acce sos intermitentes ó remitentes, que han acabado por desaparecer. La continuidad ulterior de su marcha se ha querido referir al desarrollo persistente de lesiones viscerales de carácter inflamatorio, idea que no ha sido aun confirmada por la esperiencia.

Si desde el principio afecta esta forma la marcha continua y hay desde entonces un síntoma grave pernicioso, pudiera desconocerse el origen palustre de la enfermedad, con tanta mas razon si se termina pronto por la muerte: empero, esto cuando menos constituye un hecho muy raro, pues prácticos que han ejercido largo tiempo en países donde reina el paludismo, niegan de un modo absoluto que se verifiquen tales casos, asegurando por el contrario, que siempre en sus principios, toda manifestacion palustre comienza por una entidad cualquiera, francamente intermitente y francamente periódica.

Tambien puede desviar la atencion del médico, el aspecto tifoideo con que suele revestirse. Grisolle, hablando del diagnóstico de estas fiebres en los casos difíciles, dice que, solo se puede establecer por las consideraciones del país en el cual se observa y por la naturaleza de las enfermedades reinantes, á lo cual pudiera agregarse lo que antes dije respecto de antecedentes y el exito del tratamiento por la quinina.

En resúmen, se ve por lo expuesto, que el diagnóstico de las afecciones palustres está sembrado de grandes dificultades: en efecto; estas afecciones han sido denominadas fiebres intermitentes y con

mas propiedad *periódicas* por su síntoma predominante, *calentura* y por su marcha especial, *periódica*. Pues bien, estos dos elementos, que salvo una fiebre hectica, serian esclusivos de las afecciones palustres, suelen en muchos casos, no faltar, pero ser poco apreciables: esto es, segun se ha visto, lo que pasa con las calenturas, en las fiebres larvadas, con la periódica en las fiebres remitentes y subcontinuas y con ambas en algunas fiebres perniciosas, en las cuales si bien es cierto que la calentura suele ser muy notable, casi siempre la atencion del médico es atraida por la gravedad de algun otro fenómeno, apoplejia, síncope etc. En estos casos es cuando el práctico debe emplear toda su sagacidad para descubrir las débiles remisiones y la vuelta apenas acentuada de los paroximos, así como para llegar al conocimiento del carácter febril en las formas larvadas, por el estudio cuidadoso de la temperatura y de la orina. Teniendo presentes todos estos fenómenos y no olvidando los signos ya físicos, ya racionales, tomados del estado de las vísceras y de las funciones de los órganos, del conmemorativo y de la marcha que detenidamente hemos considerado antes, se podrá llegar casi siempre al diagnóstico de las fiebres palustres venciendo todas sus dificultades.

mas gravedad [illegible] por su número [illegible] y [illegible]. [illegible] tes, que salvo una débil fiebre, serían exclusivas de las afecciones palúdicas, suelen ser también mortales, pero son poco apreciables; esto es, según se ha visto, lo que pasa con las calenturas, en las fiebres [illegible] con la [illegible] y [illegible] y [illegible] en [illegible] fiebres [illegible] lo cual [illegible] que la gravedad de algun [illegible]. En estos casos el [illegible] para desechar las [illegible] de los palúdicos, [illegible] en las formas larvadas, por el [illegible] de la [illegible] y de la orina. [illegible] y su resultado [illegible] del [illegible] de las vísceras y de las funciones de los órganos, del [illegible] y de [illegible] de las fiebres [illegible]

